PROP OPC 03 PU 001	CENTRE HOSPITALIER D'ORSAY	Page 1/19
Version 1.1	PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE DES ESCARRES	08/11/2010
Contenu du document	Bibliographie But Définitions Classification Les facteurs explicatifs	Page 2
	PO n°00: Prévention des escarres	Page 3 à 8
	PO n°01 : Soins des escarres	Page 9
	- FT n° 00 : Stade 1	Page 10
	- FT n° 01 : Stade 2	Page 11
	- FT n° 02 : Stade 3 et 4	Page 12 à 13
	- FT n° 03 : Evaluation des plaies	Page 14 à 16
	- FT n° 04 : Choix des pansements	Page 17 à 18
	Annexe 1 : Mini Nutritionnel Assesment (MNA)	Page 19

REDACTION			
Groupe de travail Prise en charge de l'escarre 1999			
Révision	**Approbation**	**Validation**	**Date**
		G. LAISNEY Directeur des Soins	1999
Groupe « Plaies et Cicatrisation »			2009
		CEQRES	11/03/2010 21/10/2010
		CLIN	09/12/2010

Mots clefs
ESCARRE – ESCARRES – escarre – escarres – PREVENTION – prévention – prevention – SOINS – SOINS – soin – soins – STADE – STADES – stade – stades – PLAIE – PLAIES plaie – plaies – EVALUATION – évaluation - evaluation

PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE DES ESCARRES

BIBLIOGRAPHIE

Conférence de consensus : « Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé » Novembre 2001, ANAES

BUT

Maintenir l'intégrité cutanée chez tout patient qui risque de développer des escarres et éviter l'apparition de nouvelles escarres chez un patient déjà porteur.

DEFINITIONS

L'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre les saillies osseuses et le plan dur du support sur lequel repose le patient. *Conférence de Consensus de l'ANAES 2001.*

Prévention d'escarre

Ensemble de réflexions et d'actions mis en œuvre afin de prévenir l'apparition des troubles trophiques.

CLASSIFICATION

Stade 0 : Hyperémie réactionnelle (peau intacte, mais risque d'escarre accompagné parfois de douleur, rougeur blanchissant sous la pression digitale et se recolorant en quelques secondes.
A ce stade, les lésions sont réversibles en moins de 24h. Le stade 0 constitue une phase d'alerte, qui doit être connue et reconnue par les soignants.

Stade 1 : Rougeur persistante sur une peau intacte au point d'appui ne blanchissant pas à la pression digitale. Pour les peaux pigmentées : modification de couleur, œdème, induration.

Stade 2 : Perte de substance impliquant l'épiderme et +/- le derme, se présentant cliniquement sous forme d'une abrasion, d'une phlyctène ou d'une ulcération superficielle.

Stade3: Lésion cutanée intéressant toutes les couches de la peau (jusqu'au fascia[1]) entraînant une nécrose du tissu sous cutané, avec possibilité de nécrose sèche ou humide et de fibrine.

Stade 4: Perte de substance atteignant et dépassant le fascia et pouvant atteindre os, articulation, muscles et tendons avec certains facteurs péjoratifs (décollement, contact osseux, fistule et/ou infection).

[1] Membrane qui enveloppe des organes ou des groupes de muscles

LES FACTEURS EXPLICATIFS

Facteurs extrinsèque ou mécaniques :

- La pression : force exercée sur la peau par le support,
- La friction : lésion directe sur la peau provoquant une abrasion, fragilisant la barrière cutanée,
- Le cisaillement : force s'exerçant obliquement sur les plans cellulaires sous cutanés qui apparaît en position assise instable,
- La macération : facteur aggravant, qui n'est pas un facteur de risque proprement dit, car n'induit pas à lui seul une escarre. La macération favorise l'altération de la barrière cutanée.

Facteurs intrinsèques ou cliniques

- Immobilité due à des troubles de la conscience ou à des troubles moteurs ou sensitifs,
- Etat nutritionnel (malnutrition /dénutrition) ; état d'hydratation,
- Certaines maladies aigues (infectieuses notamment) ou des pathologies chroniques graves, phase terminale de pathologies graves,
- Baisse du débit circulatoire,
- Etat de la peau, ATCD d'escarre,
- Etat psychologique (manque de motivation à participer aux soins).

PROTOCOLE N° 00 : PREVENTION DES ESCARRES

EVALUATION ET TRAITEMENTS PREVENTIFS

« Les moyens préventifs primaires (à mettre en œuvre dès qu'il y a risque d'escarre, sans escarre constituée) et les mesures du traitement préventif secondaire (dès qu'il y a escarre) sont les mêmes et doivent être toujours appliqués. Ces moyens sont efficaces pour éviter la formation de nouvelles escarres et pour traiter l'escarre constituée, à la seule condition qu'il existe un effort coordonné, multidisciplinaire et multi professionnel. » Dr DONDELINGER et DR MEAUME, Hôpital Charles Foix

Evaluation clinique

- **Facteurs prédictifs**

Recherche des facteurs intrinsèques et extrinsèques précédemment cités toujours à associer à une analyse clinique de l'état du patient,
Les facteurs prédictifs les plus présents étant : l'immobilisation, la dénutrition et la baisse de la pression artérielle,
Tenir compte des pathologies associées (ex : infection…),
Renseigner l'échelle de BRADEN.

- **Observation de l'état cutané**

Faire un bilan cutané = examen des points d'appui,
Tracer sur un schéma corporel si escarres détectées.

- **Evaluation nutritionnelle**

Peser le patient dès l'entrée,
Identifier une notion de perte de poids récente,
Décrire l'aspect clinique (cachexie, obésité….),
Réaliser un recueil de données des habitudes alimentaires,
Si possible, renseigner le document MNA[2] (Mini Nutritionnel Assessment) pour la personne âgée (cf annexe 1),
Prélever l'albuminémie et la pré albuminémie sur prescription médicale.

L'évaluation clinique permet de mettre en place un plan de soins infirmiers adapté et d'assurer une continuité des soins de prévention par la transmission d'informations écrites.
La retranscription de cette évaluation doit faire l'objet de l'ouverture d'une cible «Risque d'altération de l'intégrité de la peau » dans le dossier du patient.

[2] Doc. Joint en annexe

Traitements préventifs

I Mobilisation et changements de position

Objectif : réduire la durée et l'intensité de l'appui

Les changements de position sont essentiels pour éviter l'apparition d'escarres. Ils ont pour but de réduire l'intensité et la durée de l'appui.

La mise au fauteuil, la verticalisation et la reprise de la marche sont préconisées aussi précocement que possible surtout pour les personnes âgées.

Il est recommandé d'effectuer des changements de position toutes les 2 à 3 heures en tenant compte du patient (âge et pathologie), de ses besoins et de ses habitudes. La planification des changements de position et la transcription de leur réalisation dans le dossier de soins permettent d'assurer la continuité des soins.

Au lit pour alterner avec le décubitus dorsal, il est recommandé d'utiliser alternativement le décubitus latéral oblique à 30°. Le décubitus latéral à 90° est à proscrire à cause du risque d'escarre trochantérienne.

Ces installations peuvent être complétées par l'utilisation d'accessoires de positionnement adaptés (oreillers, mousse) pour assurer par exemple la mise en décharge des talons. Ces accessoires doivent éviter de créer une surpression au niveau du tendon d'Achille et des mollets.

Le phénomène de cisaillement et de frottement lors des glissements du patient sont évités par une installation et une manutention adéquate du patient (utilisation de lève malade ou de drap).

II Les transferts

Ils doivent être réalisés afin de permettre le déplacement d'un patient d'un point vers un autre sans occasionner de traumatisme pour la peau, en évitant les cisaillements, les frottements et les contusions.

Pour cela il faut :

- Aménager son espace :
    - Se faire de la place dans la chambre,
    - Régler la hauteur des supports (hauteur de support de départ>hauteur de support d'arrivée),
    - Positionnement du fauteuil : choisir le côté sain ou le plus fort pour positionner le fauteuil, afin d'optimiser l'appui,
    - Limiter au maximum le trajet (soit $\frac{1}{4}$ de tour),
    - Pour le passage du lit au fauteuil, enlever l'accoudoir.
- Réaliser le transfert :
    - Stimuler le patient à se pencher en avant,
    - Solliciter sa participation,
    - Accompagner le transfert,
    - Utiliser les « potences ».

Tous ces positionnements font l'objet d'un travail avec le groupe manutention de chaque service.

III Etat cutané

Les effleurages :

Dans le cadre de la prévention d'escarre, les massages des points d'appui sont interdits.
On réalisera des effleurages qui permettent de maintenir une surveillance cutanée des points d'appui entrainant un confort sur une peau saine. Ils favorisent le retour veineux et la relation patient/soignant.
Ils seront réalisés à mains nues (sauf si protocole contraire…), légers et circulaires, avec un topique fluide (ex : Sanyrène®, Biafine®, Xérialine®….).

Hygiène corporelle :

La peau doit être maintenue propre et sèche.
Refaire le lit chaque fois que nécessaire, sans surépaisseur, ni plis.
Maintenir l'hygiène de la peau, utiliser la douche le plus souvent possible (permet d'observer les téguments dans son ensemble et repérer les zones rouges).
Le patient porteur d'escarres peut (et doit) être baigné ou douché régulièrement (pansement ouvert).
Changes dès que nécessaire (en respectant le bon usage des changes).

En cas de contention :
Assurer la protection cutanée en appliquant sur les zones à risque de frottement des pansements type film de polyuréthane OPSITE®, hydrocolloide DUODERM ®, COOMFEEL®….

IV Nutrition

En fonction de l'état nutritionnel du patient faire appel à la diététicienne (sur prescription médicale : documents d'intervention de la diététicienne disponibles en reprographie) qui pourra mettre en place un régime hyper protéiné.
Instaurer la traçabilité des ingestats et de l'hydratation (Docs. Disponibles en reprographie).

V Education

Favoriser la participation du patient et de son entourage.
Chaque fois que cela est possible, il est recommandé d'informer et de proposer des actions éducatives ciblées en fonction du caractère temporaire ou permanent du risque d'escarre.

VI Les supports de prévention

Principes :

- Choisir un support en fonction de l'évaluation du risque (échelle de BRADEN) et de l'état clinique (cf sur V.DOC : « Protocole de commande et d'enlèvement d'un support d'aide à la prévention et au traitement des escarres »).
- Respecter le mode d'emploi du support

- Ne pas border les draps trop serrés
- Eviter les épaisseurs successives

1) Les supports statiques

- **Les matelas** : Mousse classique ou mousse visco-élastique (à mémoire de forme).

Indications : Pas d'escarres, risque faible à moyen, patient pouvant se mouvoir et passant moins de 15h par jour au lit

Différents types de matelas : Matelas mousse (ex : Monobloc zyprex ®Asklé®), Matelas type gaufrier (ex : Cliniplot®, Hill Rom®), type gaufrier avec insert, matelas à modules indépendants (ex : Préventix®, Carpenter®), Matelas mousse à mémoire de forme (ex Tempur®).

- **Les surmatelas** : Fibres de silicone, eau air.

Indications **:** Pas d'escarres, risque peu élevé, patient pouvant se mouvoir, passant moins de 12h par jour au lit.

2) Les supports dynamiques

- **Les matelas** :

Hauteur supérieure à 15cm

Soit basse pression continue (flux d'air permanent), soit pression alternée, soit association des 2 modes.

Réglage manuel ou automatique au niveau du compresseur

Avec ou sans capteurs de pression

Avec ou sans perte d'air

Indications : Patient ayant déjà eu des escarres, passant plus de 20h au lit, incapable de bouger seul, présentant des risques élevés cliniquement (ex. Nimbus®, Hill rom®…).

- **Les surmatelas :**

Hauteur supérieur à 6 cm, le plus souvent en mode alterné, avec ou sans capteur de pression.

Indications **:** Risque d'escarres, patient ayant déjà eu des escarres, passant plus de 15h au lit par jour, incapable de bouger seul.

3) Les supports au fauteuil

Coussins en fibre de silicone, en mousse classique ou à mémoire de forme, coussins à air à cellules pneumatiques ou air dynamique.

Critères de choix :

- Niveau de risque d'escarre
- Hauteur du coussin
- Poids du patient
- Position du patient au fauteuil
- Entretien
- Dimension du coussin

Les indications sont les mêmes que pour leurs équivalents en matelas

4) Les coussins de positionnement

Ils permettent la décharge des zones à risque, assurent le confort, permettent le repos et gardent des positions orthopédiquement correctes. Très utiles pour maintenir des changements de position (en faux décubitus latéral par exemple).

Ex : triangle de mousse, coussin de microbilles, cale de décubitus, oreiller, protection ou décharge des talons, protection du dos ou des talons au fauteuil.

A proscrire les coussins gel.

Ne pas rajouter de coussins sur les matelas à air, sauf éventuellement pour le maintien d'une position.

ASSURER LA CONTINUITE DES SOINS

Une transcription des facteurs de risque, des mesures de prévention mises en œuvre et de l'observation de l'état cutané dans le dossier du patient est utile et nécessaire à la continuité des soins. L'ensemble des recommandations internationales insiste sur l'enregistrement et la documentation des interventions.

PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE DES ESCARRES

PROTOCOLE N° 01: SOINS DES ESCARRES

Principes de base

- Appliquer les principes d'hygiène pour la gestion des pansements et la prévention de la contamination croisée.

Le chlorure de sodium à 0.9% est le produit de référence à utiliser pour le nettoyage des escarres de tous stades.
Les antiseptiques sont à proscrire, il faut noter que leur utilisation est contre indiquée avec certains pansements.

- La plaie ne doit pas être asséchée

Le traitement de la plaie est fonctionnel du stade de l'escarre au moment du diagnostic et de l'état du patient.
Réaliser une détersion précoce, répétée et soigneuse, sans traumatisme pour la plaie et indolore pour le patient.
Respecter et protéger la peau péri lésionnelle.
Ne plus pratiquer d'effleurement dès l'apparition d'une escarre.

PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE DES ESCARRES

PROTOCOLE N° 01 : SOINS DES ESCARRES

FICHE TECHNIQUE N°00 : STADE I

Stade I

Rougeur cutanée qui ne blanchit pas à la pression.

- Mettre l'escarre en décharge
- On peut protéger l'épiderme par un pansement film de polyuréthane (type : OPSITE®)

PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE DES ESCARRES

PROTOCOLE N° 01 : SOINS DES ESCARRES

FICHE TECHNIQUE N°01 : STADE II

Stade II

Phlyctène ou désépidermisation, ou perte d'une partie de l'épaisseur de la peau.

Désépidermisation

- Nettoyer avec du sérum physiologique à 0.9%,
- Poser un pansement hydrocolloide (type : DUODERM®) en choisissant une forme adaptée à la localisation,
- Les hydrocolloides sont à changer à saturation (2 à 4 jours). Si un pansement secondaire est nécessaire, on choisira soit un film de polyuréthane (type : OPSITE®), soit une bande type Velpeau® non serrée posée de la base des orteils jusqu'au dessus de la plaie (pour les plaies de jambe).

Phlyctène

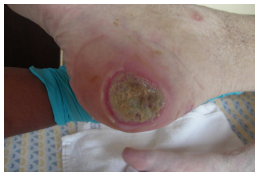
- Réaliser une brèche de taille suffisante avec un bistouri pour évacuer le contenu avec maintien du toit de la phlyctène si possible,
- Recouvrir avec un pansement hydrocolloide,
- Mettre la phlyctène hors d'appui.

PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE DES ESCARRES

PROTOCOLE N° 01 : SOINS DES ESCARRES

FICHE TECHNIQUE N°02 : STADE III et IV

Nécrose sèche



Nécrose fibrineuse

STADES III et IV

Ces stades se caractérisent par la perte de toute l'épaisseur de la peau avec altération et /ou nécrose des tissus cutanés.

A ces stades, l'escarre peut prendre l'aspect d'une nécrose noire et sèche ou humide et fibrineuse.

Il importe alors d'éliminer les débris tissulaires nécrotiques et fibrineux au plus vite.

La cicatrisation dirigée a pour but de gérer l'humidité de la plaie, et la détersion s'oriente surtout vers une détersion mécanique. L'utilisation de pansements, s'ils sont bien utilisés, permettent de créer le milieu idéal à la cicatrisation de la plaie.

Dans tous les cas s'assurer qu'il existe une prescription d'antalgiques.

Nécrose Sèche

La détersion mécanique est indispensable. Elle est réalisée au lit du patient dès sa constitution avec pinces, bistouris et ciseaux. L'excision se fait du centre vers les berges, elle ne doit provoquer ni douleur, ni saignement. Elle est suivie de l'application d'un pansement humide (pansement hydrocolloide, ex : plaque de DUODERM® épais).

Cette détersion peut être aidée par une détersion autolytique entre deux séances de détersion mécanique. Il s'agit d'appliquer un hydrogel (type : DUODERM GEL®), puis un film de polyuréthane (type OPSITE® en pansement secondaire). Il est possible de scarifier la nécrose afin de faciliter la pénétration du gel.

Le pansement est à renouveler **tous les jours** jusqu'à disparition de la nécrose.

La nécrose doit être éliminée en 4 à 5 jours.

Nécrose fibrineuse et exsudative

Il s'agit d'éliminer la fibrine et de drainer l'exsudat.

La détersion mécanique est là aussi indispensable. Elle sera associée à l'application de pansements qui absorbent l'exsudat.

Exsudat +++ : application d'un pansement Alginate (type : ALGOSTERIL ®) ou Hydrofibre (AQUACEL®). Appliquer dessus des compresses stériles ou un pansement américain.
Exsudat++ : application d'un pansement Hydrocellulaire (type : ALLEVYN®), il existe des formes cavitaires ou anatomiques en fonction de la localisation de la plaie.

Pour les plaies cavitaires, on utilisera les formes de pansements cavitaires (types : ALLEVYN CAVITY®), les mèches (types : ALGOSTERIL®, AQUACEL® mèches).
Sur prescription médicale et si la plaie est détergée, on pourra appliquer le principe d'une pression négative (type : RENASYS®), se référer au protocole d'utilisation.

PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE DES ESCARRES

PROTOCOLE N° 01 : SOINS DES ESCARRES

FICHE TECHNIQUE N° 03 : EVALUATION DES PLAIES

OBJECTIF

- Choisir le traitement
- Suivre l'évolution

I-TECHNIQUES DE MESURES

- **Mesures avec calques**

On utilise la partie inférieure d'un film de polyuréthane adhésif (type OPSITE®).
Mettre le patient toujours dans la même position (le préciser dans le dossier).
Dessiner les contours supérieurs de la plaie sur la feuille supérieure à l'aide d'un marqueur indélébile **extra fin.**
Identifier le patient, dater, orienter et classer le calque dans le dossier du patient.
La feuille inférieure qui est au contact de la plaie sera jetée.

- **Mesures avec photographies**

Positionner une réglette graduée.
Prendre les photos de façon perpendiculaire à la plaie.
Mettre en regard de la plaie une pince ou un instrument permettant d'augmenter la netteté du cliché.
Assurer une lumière suffisante pour des couleurs aussi naturelles que possible.
Eviter le zoom numérique
Aspect légal : Prévenir le patient et lui demander l'autorisation (à consigner dans le dossier de soins), l'idéal étant d'obtenir un consentement écrit.
Attention à la diffusion grand public (anonymiser les photos).

- **Mesures de la profondeur de la plaie**
  - Utiliser un coton tige ou une sonde mousse que l'on met dans la plaie.

Poser ensuite une réglette graduée pour mesurer le coton tige.
Les décollements sont mesurés de la même façon, en glissant le coton tige sous le décollement.

  - Mesure du volume de la plaie avec du sérum physiologique et un film de polyuréthane (PU).

- Appliquer le film de PU sur la plaie,
- Remplir une seringue graduée de sérum physiologique,
- Piquer dans le film de PU et injecter le sérum physiologique,
- Noter le volume injecté en ml.

- Il existe d'autres techniques de mesures :

- Mesures par moulage (gomme siliconée, alginate)
- Mesures par lumière structurée

Ces méthodes nécessitent des logiciels informatiques appropriés.

II- EVALUATION CLINIQUE

1) Evaluer les lésions tissulaires

- Atteinte superficielle, partielle, épidermique
- Atteinte de la graisse sous cutanée
- Atteinte osseuse (visualisée par radio, IRM, biopsie chirurgicale)
- Atteinte transfixiante
- Atteinte articulaire ou tendineuse

2) Recherche des signes cliniques d'infection

- Au stade de la détersion : rougeur, chaleur, inflammation, pus.
- Au stade de la granulation : décoloration, plaie atone, cyanique, friable, saignant au contact, brides, adhérences.
- Abcès

3) Evaluer les bords de la plaie = aspect de la peau péri lésionnelle

- Hyperkératose (ex : mal perforant plantaire)
- Bords surélevés, décollés, invaginés, pigmentés….
- Lésions de grattage, eczéma.
- Insuffisance veineuse = dermite ocre, eczéma variqueux.
- Bords inflammatoires.

La peau péri lésionnelle peut être difficile à évaluer quand elle est saturée de pâte à l'eau, d'éosine…

4) Evaluation des exsudats

Il n'existe pas de techniques fiables et reproductibles.
Différents moyens seront utilisés le plus objectivement possible :

- Evaluer le nombre de pansements changés
- Procéder à une description qualitative : exsudat séreux, séro sanglant, sanguinolent, purulent…
- Procéder à une description quantitative : 0, +, ++, +++
- Evaluation des odeurs : 0, +, ++, +++ et à quelle distance elles sont perceptibles.

5) Evaluation du lit de la plaie

Epithélialisation, granulation, fibrine, nécrose.
Utiliser **l'évaluation colorielle,** facilement retranscriptible, permettant de suivre l'évolution de la plaie dans le dossier de soins.

Classification en 3 couleurs à évaluer en pourcentage

Le rectangle représente la plaie. Chaque couleur représente un pourcentage de la plaie.

Les limites :

- l'évaluation colorielle ne différencie pas une nécrose sèche d'une nécrose humide
- la couleur rouge ne différencie pas le bourgeonnement de l'hyper bourgeonnement.

Noir %	Jaune %	Rouge %

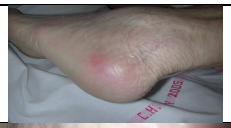
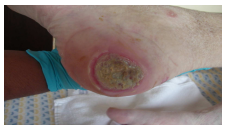
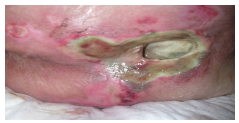
- noir = nécrose
- jaune = fibrine
- rouge = bourgeonnement

Possibilité d'adaptation avec 4 ou 5 couleurs

- rose = épithélialisation
- vert = infection

PROEDURE DE PRISE EN CHARGE DES ESCARRES

PROTOCOLE N° 01 : SOINS DES ESCARRES - FICHE TECHNIQUE N° 04 : CHOIX DES PANSEMENTS

STADES	CLINIQUE	SOINS	PANSEMENT	Produits référencés	Fréquence de changement
	**Erythème** **S I**	Mise en décharge Changement de position/3H	Rien ou Film polyuréthane (PU).	Opsite®, Tegaderm®	Au décollement
	Désépidermisation **S II** Pas de phlyctène Phlyctène	 Réaliser une brèche	Film polyuréthane (PU). Ou Hydrocolloide fin… Ou Pst gras, Interface… Idem	Opsite®, Tegaderm® Algoplaque® Duoderm®,Coomfeel®,…. Jelonet®, Hydrotul,®, Adaptic®.	Au décollement A saturation Tous les 2 jours
	Nécrose S III Sèche et noire	- Hydrater avec hydrogel après scarification puis appliquer film PU - DETERSION MECANIQUE	Hydrogel…… + Film PU……	Duoderrm gel® + Opsite®, Tegaderm®	Tous les 1 à 3 jours
	Humide	Détersion mécanique	Idem	Idem	
	Nécrose fibrineuse Exsudative +++	Absorber et déterger Détersion mécanique	Alginate……. Hydrofibre……..	Algosteril®, Urgosorb® Aquacel®	Tous les jours si surinfecté puis tous les 2 jours
	Exsudative ++		Hydrocellulaire……	Allevyn®, Biatain®	
	Cavitaire		Mèches ou Hydrocellulaire……	Algostéril®, Aquacel®Allevyn cavitaire®	
	Bourgeonnement	Protéger et maintenir un milieu humide	Hydrocolloide…… Hydrocellulaire……..	Duoderm®Algoplaque®Coom feel Allevyn®, Biatain®	A saturation

CAS PARTICULIERS

Plaies hémorragiques	**Plaies malodorantes**	**Plaies infectées AVIS MEDICAL**	**Phlyctènes hémorragiques**	**Plaies hyper bourgeonnantes**
Alginate : Algostéril®	Pst charbon : Actisorb®	Alginate : Algostéril® Pst argent : Urgosorb Ag® Acticoat® (après avis) Appliquer pst secondaires non occlusifs (compresses + bandes)	Enlever le toit de la phlyctène et évacuer les débris Appliquer le pansement pour la nécrose	Appliquer un topique corticoïde (crème Diprosone®) sur un tulle gras ou un pst interface. Changer le pst tous les 2 jours. N'utiliser que 2 ou 3 pst.

CONSEILS

Mesures locales :

- ✓ Mises en décharge, changements de postures
- ✓ Utiliser les pansements secondaires adaptés : film PU (pour les plaies non infectées), compresses, bandages, pst adhésif (type : Mefix®)
- ✓ Nettoyer au sérum physiologique ou eau
- ✓ Montre régulièrement à un médecin **et systématiquement en cas de problème ou d'infection**
- ✓ Ne pas modifier le type de pansement trop souvent, sans raison
- ✓ Mettre un tablier pour tout pansement à partir du stade II
- ✓ Evaluer la douleur liée à la plaie (=douleur de fond) et la douleur liée à loa réfection du pansement (=douleur procédurale). Faire prescrire l'antalgique adapté
- ✓ Protéger si besoin la peau périphérique (pâte à l'eau, hydrocolloïde mince…)

Pas d'antiseptiques, Ne pas assécher la plaie, Assurer la traçabilité précise de l'acte

Mesures générales :

- ✓ Surveillance de l'alimentation, hydratation, état général, hygiène cutanée, nursing renforcé
- ✓ Evaluation du risque
- ✓ Décharge de l'escarre, postures alternées, matériel de positionnement adapté

POUR TOUS CONSEILS OU AVIS :

- Médecin référent : Béatrice TANGUY poste 74/91
- Cadre de Santé référent : Sylvie DENIS poste 74/21

NESTLÉ NUTRITION SERVICES

Nestlé

Evaluation de l'état nutritionnel
Mini Nutritional Assessment MNA™

Nom: Prénom: Sexe: Date:

Age: Poids, kg: Taille en cm: Hauteur du genou, cm:

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie. Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit?
A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?
0 = anorexie sévère
1 = anorexie modérée
2 = pas d'anorexie ☐

B Perte récente de poids (<3 mois)
0 = perte de poids > 3 kg
1 = ne sait pas
2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
3 = pas de perte de poids ☐

C Motricité
0 = du lit au fauteuil
1 = autonome à l'intérieur
2 = sort du domicile ☐

D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?
0 = oui 2 = non ☐

E Problèmes neuropsychologiques
0 = démence ou dépression sévère
1 = démence ou dépression modérée
2 = pas de problème psychologique ☐

F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)^2 en kg/m^2)
0 = IMC <19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

Score de dépistage (sous-total max. 14 points) ☐☐

12 points ou plus — normal pas besoin de continuer l'évaluation

11 points ou moins — possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?
0 = non 1 = oui ☐

H Prend plus de 3 médicaments
0 = oui 1 = non ☐

I Escarres ou plaies cutanées?
0 = oui 1 = non ☐

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?
0 = 1 repas
1 = 2 repas
2 = 3 repas ☐

K Consomme-t-il?
- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui ☐ non ☐
- Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses? oui ☐ non ☐
- Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille? oui ☐ non ☐

0,0 = si 0 ou 1 oui
0,5 = si 2 oui
1,0 = si 3 oui ☐,☐

L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?
0 = non 1 = oui ☐

M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)
0,0 = moins de 3 verres
0,5 = de 3 à 5 verres
1,0 = plus de 5 verres ☐,☐

N Manière de se nourrir
0 = nécessite une assistance
1 = se nourrit seul avec difficulté
2 = se nourrit seul sans difficulté ☐

O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels)
0 = malnutrition sévère
1 = ne sait pas ou malnutrition modérée
2 = pas de problème de nutrition ☐

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?
0,0 = moins bonne
0,5 = ne sait pas
1,0 = aussi bonne
2,0 = meilleure ☐,☐

Q Circonférence brachiale (CB en cm)
0,0 = CB < 21
0,5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22
1,0 = CB > 22 ☐,☐

R Circonférence du mollet (CM en cm)
0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31 ☐

Evaluation globale (max. 16 points) ☐☐,☐
Score de dépistage ☐☐
Score total (max. 30 points) ☐☐,☐

Appréciation de l'état nutritionnel

de 17 à 23,5 points — risque de malnutrition ☐
moins de 17 points — mauvais état nutritionnel ☐

Ref. Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*. Supplement 2:15-59.
Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y., editors. Nestlé Nutrition Workshop Series: Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bâle, in press.

© 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners